

Oznámenie úrazu

Pre urýchlenie likvidácie je potrebné, aby ste odpovedali na všetky otázky čo najpresnejšie a najvýstižnejšie. Správne odpovede označte krížikom v príslušnom štvorcíku a uveďte odpovede na doplnkové otázky.

Nárok na plnenie za čas nevyhnutného liečenia telesných poškodení spôsobených úrazom **nevzniká**, ak čas nevyhnutného liečenia nie je dlhší ako 2 týždne.

Meno poisteného	
Ulica a číslo domu	
PSČ / Mesto (Obec)	
Rodné číslo poisteného	

Číslo Poistnej zmluvy	
Tel. číslo	
e-mail	
Číslo účtu pre poistné plnenie	

Meno a úplná adresa obvodného (závodného) lekára	
--	--

Po vyplnení prvej strany odovzdajte toto oznámenie ošetrovujúcemu lekárovi na vyplnenie druhej strany a obratom doručte do poisťovne.
Ak nestačí miesto na vyplnenie, uveďte údaje na samostatnej prílohe

Kedy došlo k úrazu	dňa o : hod.	Miesto úrazu
Podrobný popis priebehu úrazu		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, ktoré poskytlo prvé ošetrovanie		
Názov a adresa zdravotníckeho zariadenia, kde bol úraz liečený		
Mená a adresy svedkov úrazu		
Názov a adresa orgánu, ktorý vyšetroval úraz		
Uveďte zranenia a poškodené časti tela		
Mali ste už niektoré z hlásených poškodení pred úrazom?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - uveďte aké a kedy
Došlo k úrazu pri výkone povolania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - uveďte adresu pracoviska - povolenie (pracovné zaradenie)
Došlo k úrazu mimo výkonu povolania?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - opravárska, údržbárska a podobná činnosť vykonávaná pre vlastnú potrebu <input type="checkbox"/> - pobyt a práce v domácnosti alebo okolitom príslušenstve <input type="checkbox"/> - v škole alebo pri akcii organizovanej školou, alebo výchovným zariadením <input type="checkbox"/> - pri doprave, uveďte pri ktorej: <input type="checkbox"/> - pri pešej chôdzi, vrátane rekreačnej a podobnej činnosti <input type="checkbox"/> - pri športovej, alebo telovýchovnej činnosti: <input type="checkbox"/> - pri inej činnosti, uveďte akaj
Označte alebo bližšie opíšte zdroj, ktorý bol príčinou úrazu	<input type="checkbox"/> - manipulácia so strojmi alebo nástrojmi <input type="checkbox"/> - manipulácia s materiálom <input type="checkbox"/> - spadnutie, šmyknutie <input type="checkbox"/> - pád predmetov, zavalenie a pod. <input type="checkbox"/> - dopravné prostriedky: osobné, nákladné, vlak, iné <input type="checkbox"/> - účastník dopravy, chodec	<input type="checkbox"/> - výbuch, chemikálie, strelné zbrane, elektrina <input type="checkbox"/> - popáleniny, plyny, žieraviny, jedy, omrznutia, žiarenie, poleptanie <input type="checkbox"/> - napadnutie zvieratami <input type="checkbox"/> - napadnutie osobou <input type="checkbox"/> - iný zdroj
Ak ide o úraz spôsobený pri preprave osôb motorovým vozidlom, uveďte	továrenská značka a model vozidla EČV meno a adresa držiteľa vozidla meno a adresa vodiča v čase nehody	
Ak ide o úraz pri telovýchovnej alebo športovej činnosti, uveďte	bola činnosť organizovaná? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – akou organizáciou? pre aký šport máte registračný preukaz? vykonávate tento šport aktívne? <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> ÁNO – v akej súťaži?	

Prehlasujem, že na všetky otázky som odpovedal(a) úplne a pravdivo.

Súhlasím, aby poisťovni bola poskytnutá všetka potrebná zdravotná dokumentácia, ktorú si vyžiada.

V dňa

Meno, podpis poisteného

Prosíme ošetrojúceho lekára, ktorý ošetroval úraz uvedený na prvej strane tohto oznámenia, aby podľa zisteného rozsahu a druhu telesných zranení a zdravotnej ujmy vyplnil túto stranu oznámenia.

Kedy došlo k prvému lekárskemu ošetrovaniu?		dňa o : hod.
Diagnóza vlastného zranenia		
Podrobný popis telesného poškodenia spôsobeného úrazom, s určením rozsahu		
Spôsob a druh ošetrovania (podrobne popíšte)		
Nález RTG s popisom		
Podľa zistenej diagnózy telesného poškodenia a bez prihliadnutia k osobným zdravotným odchýlkam poraneného (napr. telesná zdatnosť alebo vplyv predošlých ochorení a pod.), stanovte predpokladaný čas nevyhnutného liečenia. Predpokladaný čas nevyhnutného liečenia vlastného poškodenia úrazom je týždňov.		

Upozornenie: Ďalšiu časť správy vyplňte len vtedy, ak čas nevyhnutného liečenia je dlhší ako dva týždne!

Zodpovedá ošetrované telesné poškodenie, vrátane jeho rozsahu, úrazovému deju, ako je uvedený na prednej strane tohto oznámenia?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> - Prečo nie
Došlo k úrazu pod vplyvom alkoholu alebo iných omamných alebo toxických látok?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> - Aké boli príznaky áno zistené množstvo alkoholu v krvi %
Bola niektorá z poranených častí tela úrazom pred úrazom funkčne postihnutá?	<input type="checkbox"/> áno	<input type="checkbox"/> nie - Aká a ako
Ak došlo k predĺženiu priemerného času nevyhnutného liečenia v dôsledku komplikácií, uveďte príčinu a druh komplikácie		
Skutočný čas nevyhnutného liečenia telesného poškodenia vrátane komplikácií bol	Od kedy Do kedy	
Kde bol zranený hospitalizovaný	Od kedy Do kedy	
Je predpoklad, že úraz zanechá trvalé následky?	<input type="checkbox"/> nie	<input type="checkbox"/> áno - Aký druh a rozsah
Ostatné zdravotné oznámenia lekára		
Celková práca neschopnosť (PN)	Od kedy Do kedy	

V	dňa pečiatka a podpis lekára
---------	-----------	-----------------------------------

Záznamy likvidátora a posudkového lekára poisťovne

Dg. zranenia číslo	Plnenie %	
Iné zistenia		
..... Likvidátor PU posudkový lekár Revidujúci (TK)